

# SEGURIDAD SOCIAL Y DESIGUALDAD EN MÉXICO: DE LA POLARIZACIÓN A LA UNIVERSALIDAD

John Scott

Centro de Investigación y Docencia Económica, CIDE  
john.scott@cide.edu

## Resumen

**E**l artículo documenta el fracaso de la seguridad social en México como instrumento de protección social y evalúa posibles estrategias de reforma. Se analiza la cobertura truncada para la población más vulnerable, la incidencia regresiva y desigualdades horizontales de los subsidios públicos a la seguridad social, y las consecuencias para la pobreza en adultos mayores y la desigualdad en oportunidades básicas de salud. Se consideran reformas para transitar del sistema polarizado vigente a un sistema de protección básica universal, y se estiman los costos e incidencia de beneficios netos de una pensión y un seguro de salud universales. Se propone transitar de un modelo centrado en un componente contributivo obligatorio (pilar 2) de beneficios amplios y cobertura limitada, a uno centrado en un componente básico, no contributivo e universal (pilar 1), complementado por un componente contributivo voluntario (pilar 3).

— Palabras clave: seguridad social, cobertura, pensiones, salud, universal.  
Clasificación JEL: H55, I18, I38.

## Introducción

**L**a correlación entre el nivel de desarrollo económico de los países y la cobertura de los sistemas de seguridad social es bien conocida en la literatura comparativa internacional (James, 2001). Hay dos dimensiones que son más difíciles de analizar en estudios comparativos, pero no son menos fundamentales para la economía política de los sistemas de seguridad social polarizados típicos de América Latina: la desigualdad del ingreso y la concentración del poder político—en parte consecuencia de la desigualdad original, y en parte causa de su permanencia. México ofrece un estudio de caso especialmente nítido de esta polarización—con la población más vulnerable excluida de todo esquema de protección social, en un extremo, y la captura de beneficios extraordinarios en los sistemas de pensiones para los trabajadores públicos, en el otro—y una oportunidad igualmente relevante para analizar posibles estrategias de transición hacia un sistema de protección universal.

A poco menos de un siglo de la formulación de lineamientos constitucionales de vanguardia en materia de seguridad social (1917), a sesenta años de la creación del *Instituto Mexicano del Seguro Social* (IMSS, 1943), y a diez años de legislarse una reforma profunda en el sistema de pensiones de este Instituto (1995), la seguridad social en México no ha logrado cumplir con su función más elemental: asegurar a toda la población, pero en particular a la población más

vulnerable, contra contingencias de salud, y contra caídas drásticas del ingreso al final de su vida productiva. Como en muchos países de América Latina y de otras regiones en desarrollo, la cobertura de la seguridad social en México esta truncada precisamente para la mitad más pobre y los grupos más vulnerables de la población, con coberturas cercanas al 20 por ciento para los adultos mayores, zonas rurales, y poblaciones indígenas, respectivamente. En el decil poblacional (10 por ciento) más rico la cobertura es del 90 por ciento, en el más pobre de apenas 1.5 por ciento.

Para la mitad más afortunada, la seguridad social esta fragmentada en sistemas (horizontalmente) desiguales, con condiciones privilegiadas pero financieramente insostenibles para los trabajadores del sector público. La reforma reciente aseguró la viabilidad financiera del sistema de pensiones de los derechohabientes del IMSS, pero no se han presentado aún las reformas necesarias para ampliar la cobertura a la población pobre, ni para la integración de los sistemas del sector público en un sistema único, equitativo y viable.

Hasta muy recientemente, tampoco existían esquemas de protección social para la población abierta independientes de los sistemas de seguridad social. En 2002 se estableció un seguro de salud básico para esta población que está en fase de expansión (Seguro Popular),<sup>1</sup> y en 2006 iniciará un programa de pensiones mínimas dirigido a la población abierta de la tercera edad en condiciones de pobreza extrema.<sup>2</sup> El reto para el futuro será consolidar estos esquemas—todavía incipientes, parciales, y descoordinados entre sí y con los sistemas de seguridad social—en un sistema integral capaz de garantizar protección básica a la población en su conjunto.

El costo social acumulado del fracaso histórico de la seguridad social como instrumento de protección social en México es difícil de estimar. Pero los resultados que podemos cuantificar son contundentes. La seguridad social representa el rubro más regresivo (pro-rico) de todo el gasto social. La pobreza en la tercera edad supera la pobreza en el resto de la población por un margen amplio aún en el contexto de América Latina. Los ingresos por pensiones no contribuyen a reducir la desigualdad del ingreso, sino a aumentarla. Persisten brechas amplias en indicadores básicos de salud y nutrición, en el acceso a servicios de salud, y en la vulnerabilidad financiera ante riesgos de la salud. Las tasas de mortalidad infantil y de desnutrición en preescolares en los municipios predominantemente indígenas son dos y tres veces mayores, respectivamente, que en los municipios no indígenas (Ramírez, 2005). La tasa de mortalidad infantil municipal más alta del país es similar al promedio nacional hace medio siglo, y 11 veces mayor a la tasa municipal más baja para el mismo año, una brecha comparable a la que separa a Bangladesh de Estados Unidos (SSA, 2001); para la comparación internacional se usan datos de Banco Mundial (2001).

El resto del artículo esta estructurado de la siguiente manera. Las siguientes dos secciones documentan el fracaso de la seguridad social como instrumento de protección social en México. La Sección 1 presenta evidencia sobre los resultados: pobreza monetaria en la tercera edad,

---

<sup>1</sup> El *Seguro Popular* reporta (junio de 2005) una cobertura de 2 millones de familias (6.9 millones de personas), con una expansión proyectada a 5 millones en 2006, y el total de la población no asegurada (11.8 millones) para el 2010. El IMSS también ofrece un seguro de salud para la población abierta desde 1995 (*Seguro de Salud para la Familia*), pero este reporta una cobertura de apenas 365 mil personas (julio de 2005).

<sup>2</sup> Este esquema funcionará como un componente del programa *Oportunidades*, con apoyos a los adultos mayores (70 años o más) del orden de 75 centavos de dólar diarios, y un presupuesto de 2,200 millones de pesos (Proyecto de Egresos de la Federación 2006). Desde 2003 se ha implementado un programa más limitado dirigido a pobres rurales (*Atención a los Adultos Mayores en Zonas Rurales*), con una pensión de aproximadamente medio dólar diario, y un presupuesto total de 592 millones de pesos en 2005.

desigualdad en ingresos por pensiones, y brechas en estados de salud y vulnerabilidad financiera ante riesgos a la salud. La Sección 2 analiza la distribución de los beneficios y financiamiento de los sistemas de seguridad social. La Sección 3 evalúa estrategias posibles para extender la seguridad social a la población pobre, y presenta algunas estimaciones simples de los costos fiscales e incidencia de beneficios netos que implicaría un esquema de protección universal—pensión básica universal y seguro de salud universal. La Sección 4 ofrece algunas conclusiones.

## 1. Seguridad Social, Pobreza y Brechas de Salud

### 1.1 Pensiones y pobreza en la tercera edad

Las tasas de cobertura de la seguridad social en la población de adultos mayores en América Latina presentan un amplio grado de variación, desde niveles cercanos a 90 por ciento en Uruguay y Brasil, hasta 5 por ciento en Nicaragua (Rofman, 2005). México está entre los países de menor cobertura, con 20 por ciento en este grupo de edad a nivel nacional, y 5 por ciento en zonas rurales. No debe sorprender por ello que, en contraste con los países industrializados donde las pensiones públicas representan uno de los rubros de mayor impacto redistributivo, en México estas transferencias contribuyen a *incrementar* la desigualdad: la relación en el ingreso medio total por persona entre el decil más rico y el más pobre es de 28:1 (el coeficiente de Gini = 0.49), pero si consideramos sólo el ingreso por pensiones esta relación es de 287:1 (Gini = 0.67), Encuesta de Ingreso y Gasto de los Hogares 2002 (INEGI).

La pobreza en la población de la tercera edad en México resulta excepcionalmente alta aún en el contexto de América Latina. La tasa de pobreza en la población mayor de 65 años es 70 por ciento superior a la tasa de pobreza para el total de la población, la diferencia más amplia entre 8 países de la región considerados en Gill *et al* (2005). En contraste, en Brasil, donde se implementa una pensión básica con una cobertura rural excepcionalmente amplia, la pobreza en la tercera edad es 25 por ciento menor a la tasa nacional.

Pero aún estos datos no alcanzan a captar la magnitud de la deuda social del país hacia la población pobre en la tercera edad (o que alcanzará esta edad en la próxima década), como revelaría un análisis dinámico de incidencia de beneficios a lo largo de todo el ciclo de vida de las personas. Existe una brecha inter-generacional importante entre los recursos públicos disponibles a estas cohortes especialmente en la fase temprana del ciclo de vida crítica para la acumulación de capital humano y productividad subsecuentes (salud materna e infantil, educación básica), y los recursos disponibles a las generaciones más recientes. Esta brecha no es simplemente consecuencia del crecimiento económico en este periodo. Se debe además a una transformación en las funciones del Estado en el contexto de la transición democrática que ha vivido el país en las últimas dos décadas. La participación del gasto social en el gasto público se ha duplicado en la última década y media, y este se ejerce actualmente con mayor equidad. Hasta mediados del siglo XX, el gasto social no había rebasado 1 por ciento del PIB; hoy se acerca a 10 por ciento. Por ello, el gasto social per cápita en 1930 representaba, en términos reales, apenas 1.4 por ciento del gasto social ejercido en beneficio de un mexicano promedio en la actualidad.

Esta brecha se agrava aún más si consideramos la distribución subyacente de estos recursos. Si bien la participación del quintil más pobre en los servicios de educación y salud pública, y en el

gasto social en su conjunto, es hoy en día casi igual a la de los quintiles más ricos, este es un logro de apenas la última década (Scott, 2005a y Banco Mundial, 2004b). La población más pobre dentro de las cohortes que hoy alcanzan la tercera edad difícilmente se benefició de recurso público alguno educativo o de salud temprana. Resulta por ello particularmente grave que, al llegar al final de su vida productiva, esta cohorte se encuentre igualmente excluida de los cuantiosos subsidios públicos que se ejercen actualmente en los sistemas de pensiones en México.

## 1.2 Brechas de salud y nutrición

A pesar de que son escasos los datos sobre desigualdad de la salud, y de los problemas de comparabilidad internacional, la información disponible sugiere que México es un país de alta desigualdad no sólo en el ingreso, sino en oportunidades y estados básicos de salud Scott (2005a).

A nivel geográfico, las tasas municipales de mortalidad infantil (TMI) varían ampliamente en función del nivel de marginación de los municipios (Gráfica 1).<sup>3</sup> A nivel poblacional, la distribución de la talla media de la población adulta (por deciles poblacionales ordenados por ingreso per capita) es linealmente progresiva, con casi diez centímetros de diferencia entre el decil más pobre y el más rico (Gráfica 2). Esta brecha corresponde aproximadamente a lo que ha acumulado un adulto medio en Noruega como consecuencia de dos siglos de desarrollo económico en las estimaciones clásicas de Fogel. Esto refleja en parte la nutrición y salud acumuladas de las personas en edades tempranas, pero también puede responder a una diferenciación económica en función de la composición étnica de la población.

Finalmente, la incidencia de baja talla por edad en niños menores a 5 años—que mide deficiencias nutricionales acumuladas o crónicas, y/o enfermedad crónica o frecuente—en el decil más pobre de la población (40 por ciento) es casi ocho veces mayor que la incidencia en el más rico (5.3 por ciento) (Scott, 2005b).<sup>4</sup> Desde una perspectiva comparativa, esto coloca a México en la tercera distribución más desigual en este indicador antropométrico entre 42 países que cuentan con esta información.<sup>5</sup>

En lo que respecta a la vulnerabilidad financiera de los hogares ante eventos de salud, el *Reporte Mundial de la Salud 2000* colocó a México en el lugar 144 (entre 191 países) en “equidad financiera” en salud, aunque SSA (2005) reporta un avance de 37 posiciones desde entonces. Esto refleja el hecho de que aproximadamente 50 por ciento del gasto en salud en México es gasto privado, y que este representa casi en su totalidad gasto de bolsillo de los hogares. Estos tienden a ser gastos ineficientes y regresivos: representan 4 por ciento del ingreso para el decil más rico, pero 11 por ciento para el más pobre (Banco Mundial, 2005). Más gravemente, 4 por ciento de los hogares en México (cerca de 5 millones de personas) enfrentaron gastos de salud que resultaron catastróficos y/o empobrecedores en 2004 (SSA, 2005).<sup>6</sup> Esta probabilidad es más del doble para la

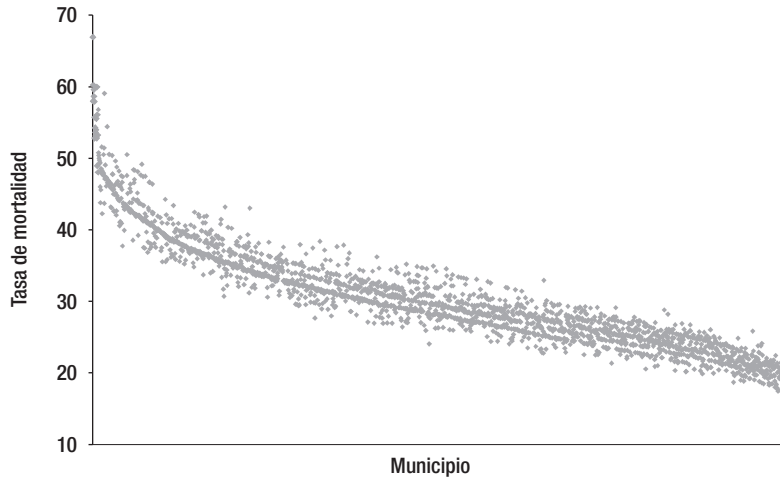
<sup>3</sup> Base de mortalidad infantil por municipio de Conapo (2001). Nótese que la brecha entre los municipios extremos reportada en esta base es de 67-17 (TMI por mil nacidos vivos) para el año 2000, mientras que la brecha que hemos citado en la sección anterior reportada en SSA (2001), es de 103-9, para el año 1999.

<sup>4</sup> Esta estimación utiliza la Encuesta Nacional de Nutrición 1999 y la ENIGH 2000.

<sup>5</sup> Para esta comparación tomamos coeficientes de concentración de baja talla y bajo peso reportados en [www.worldbank.org/poverty/health/index.htm](http://www.worldbank.org/poverty/health/index.htm), a partir de *Demographic and Health Surveys* (DHS).

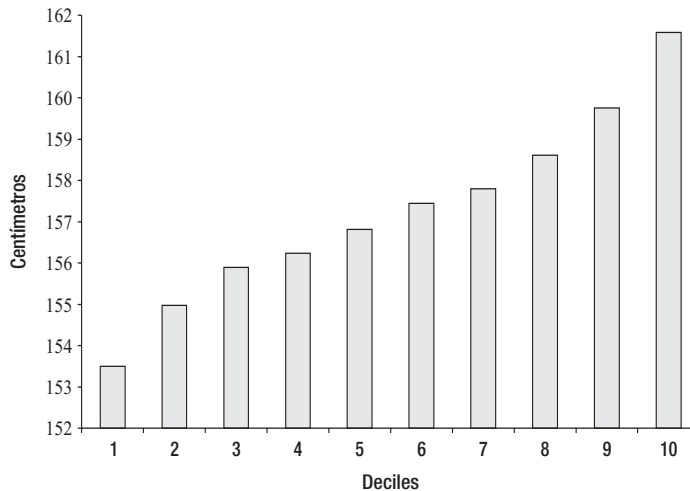
<sup>6</sup> En esta fuente gastos catastróficos se definen como gastos anuales en salud de más de 30% de los recursos disponibles del hogar netos del gasto alimentario, y gastos empobrecedores representan gastos que reducen los recursos disponibles por debajo de la línea de pobreza.

**Gráfica 1**  
**TMI por Municipio: 2000**  
(por mil)



*Fuente:* Estimación del autor a partir de base de datos de mortalidad infantil por municipio de Conapo (2001).

**Gráfica 2**  
**Talla Medias de Adultos de 20 a 64 años**  
**Por Deciles Poblacionales Ordenados por Ingreso per Cápita: 2000**



*Fuente:* Estimación del autor a partir de ENSA (2000), considerando individuos con altura entre 135 y 190 cms.

población no asegurada que para la asegurada. Se ha estimado además que entre los hogares que enfrentaron gastos catastróficos en 2002, cayeron debajo de la línea de la pobreza 9 por ciento en el caso de los hogares asegurados, pero 40 por ciento en el caso de los no asegurados (Banco Mundial, 2005).

## 2. Seguridad Social Polarizada

### 2.1 Sistemas de pensiones

Cuantificar la incidencia de los subsidios públicos dirigidos a los diferentes sistemas de seguridad social implica algunos retos importantes. La combinación de transferencias inter-temporales e interpersonales requiere estrictamente un análisis de incidencia dinámico considerando el historial contributivo y flujo de pensiones completo de los trabajadores. En ausencia de esta información, nos limitamos aquí a considerar la incidencia de los flujos en un año dado. Un problema más elemental es la definición de lo que constituye un subsidio en este contexto. En este trabajo entenderemos por subsidio público el gasto público total ejercido en un sistema de pensiones *neto de las contribuciones de trabajadores y patrones*.<sup>7</sup> Nótese que estos subsidios no suponen necesariamente financiamiento por medio de impuestos generales. En el caso de las empresas paraestatales también se financian, parcial o totalmente, por medio de las tarifas a usuarios de los servicios (compañías eléctricas), las contribuciones de los derechohabientes (IMSS-patrón), o gasto fiscal por derechos e impuestos perdidos que estas empresas imponen al fisco cuando financian sus sistemas de pensiones deficitarios con recursos propios (PEMEX).

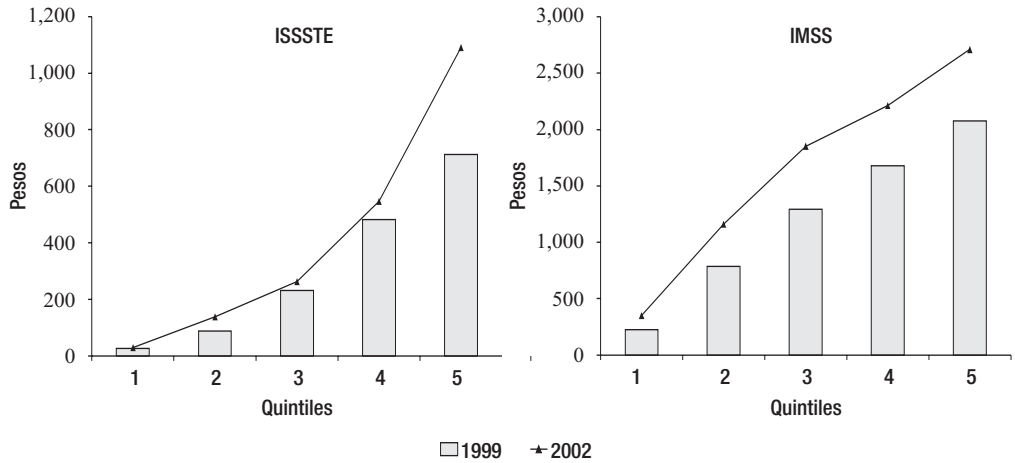
La incidencia de estos subsidios es altamente desigual, en términos verticales como horizontales, tanto por la concentración de la cobertura como por las diferencias en beneficios entre los regímenes de aseguramiento existentes. La reforma del IMSS incluyó dos elementos redistributivos, que aumentan la contribución gubernamental respecto al sistema anterior: una contribución fija a las cuentas de los trabajadores (*Cuota Social*), y una *Pensión Mínima Garantizada* equivalente a un salario mínimo condicionada a un historial contributivo de 25 años. Estos elementos implican progresividad al interior de la población asegurada, pero no afectan la regresividad del sistema para la población nacional en su conjunto, dada la distribución desigual de la cobertura.

La reforma aumento los incentivos a la participación al establecer una relación directa entre contribuciones y beneficios, favoreciendo la percepción de las contribuciones como ahorro personal (vs. impuestos a la nómina), pero no afectó los incentivos asociados al costo de participación para los trabajadores y patrones. Por el contrario, como en casi todos los países de la región que han implementado reformas similares, excepto Chile, esta implicó un aumento en este costo (Gill *et al*, 2005) Tabla 1. El efecto en la cobertura ha sido incierto. Después de una expansión importante en la segunda mitad de los años noventa, esta se estancó en el periodo 2000-2004, lo que sugiere

---

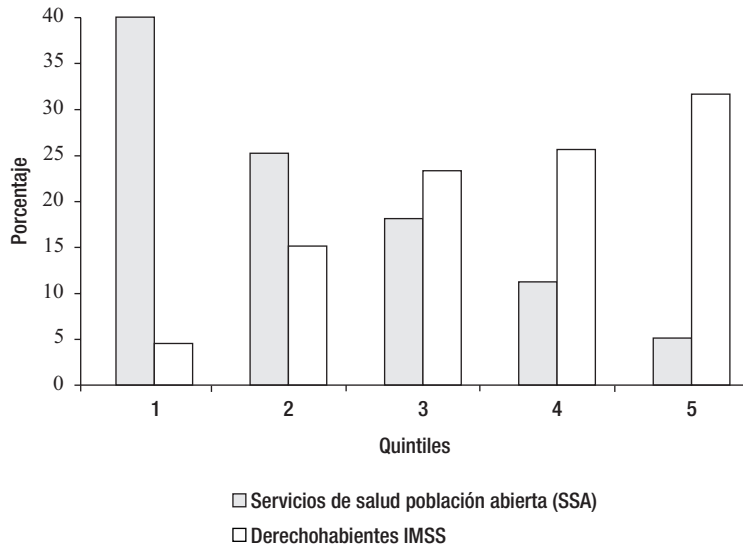
<sup>7</sup> En el caso de los trabajadores del sector público no siempre es clara la distinción entre las contribuciones del gobierno como patrón, y los subsidios adicionales a esas contribuciones necesarios para sostener sistemas deficitarios. Podría, en todo caso, considerarse como definición alternativa de subsidio toda contribución gubernamental por trabajador o pensionado *adicional* a la que se realiza en el sistema de pensiones que cubre a los trabajadores del sector privado.

**Gráfica 3**  
**Hogares con Derechohabiente por Quintiles Poblacionales**  
**Ordenados por Ingreso per Cápita**



Fuente: Cálculos del autor a partir de ENIGH 1992 y 2002.

**Gráfica 4**  
**Incidencia Marginal de Neficios de la Ampliación de Cobertura de IMSS y SSA 1996-2002:**  
**Quintiles Poblacionales Ordenados por Ingreso per Cápita**



Fuente: Cálculos del autor a partir de ENIGH 1996 y 2002.

que la cobertura ha respondido hasta ahora más al ciclo económico que a la reforma misma. En todo caso, es claro que la cobertura no ha aumentado para los trabajadores de menores ingresos (Gráfica 3). La participación del quintil más pobre en el total de derechohabientes del IMSS era menor al 3 por ciento en 2002.<sup>8</sup> Para poner esto en perspectiva, la Gráfica 4 contrasta la incidencia *marginal* de la cobertura del IMSS entre 1996 y 2002—es decir, la distribución del *crecimiento* de la cobertura en este período—con la incidencia marginal de los servicios de salud para la población no asegurada (Secretaría de Salud, SSA), que comentaremos en la siguiente sección.

Además de la desigualdad vertical en la cobertura de la seguridad social, al interior de la población asegurada existe un alto grado de desigualdad horizontal entre los distintos sistemas. Los sistemas de pensiones en México absorben actualmente subsidios públicos por un monto del orden de 1.5 por ciento del PIB. Una décima parte de estos recursos corresponde a la contribución gubernamental al sistema de pensiones del IMSS bajo el régimen reformado (cuota social). El resto se divide en partes similares entre las pensiones del IMSS en curso de pago bajo el viejo régimen, cuyas obligaciones absorbe en su totalidad el gobierno federal, y los déficit de los principales sistemas de pensiones de los trabajadores del sector público (ISSSTE y paraestatales), aún por reformar.<sup>9</sup> El primero de estos componentes representa un gasto transitorio y acotado, aunque con montos anuales crecientes en el mediano plazo. El segundo, en cambio, implica una dinámica de crecimiento explosivo, fiscalmente insostenible aún en el mediano plazo.

Si los comparamos con los pensionados del sector privados derechohabientes del IMSS, los subsidios mensuales por pensionado son 1.6 veces mayores para los derechohabientes del ISSSTE, y entre 4 y 8 veces mayores en el caso de las paraestatales (Cuadro 1). Las tres paraestatales consideradas aquí representan 8 por ciento de los pensionados, pero absorben casi un tercio de los subsidios. Estos contrastes son aún más sorprendentes si tomamos en cuenta que estamos comparando los costos de transición de un sistema reformado, donde las pensiones en curso de pago son financiadas *en su totalidad* por el gobierno, con sistemas aún sin reformar, donde el gobierno absorbe el costo de las pensiones *neto de las contribuciones* de los trabajadores en activo.

Como en el caso del antiguo régimen del IMSS, estos déficits responden en parte a cambios demográficos, errores de diseño, y fallas administrativas. También se explican las diferencias en parte por los salarios mayores de los trabajadores públicos, como indica la Gráfica 3. Sin embargo, es evidente que los órdenes de magnitud de las diferencias entre los pensionados del sector privado y público refleja además condiciones laborales privilegiadas negociadas en el contexto de una relación orgánica entre los sindicatos públicos y el antiguo régimen corporativo. Mientras los trabajadores del sector privado derechohabientes del IMSS se retiran a los 65 años con tasas de reemplazo medias esperadas, en el nuevo régimen, del orden de 50 por ciento, los trabajadores del sector público se pensionan, en general, diez años antes y con tasas de reemplazo

---

<sup>8</sup> Hay que notar una diferencia importante entre los salarios base medios de los derechohabientes reportados por el IMSS, que sugieren una participación alta de trabajadores de bajos ingresos, y los ingresos que reporta la *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares* (ENIGH) para la población derechohabiente del IMSS, que como vemos se concentra en los quintiles medios y superiores. Esto refleja en parte el concepto más amplio de ingresos que la ENIGH permite utilizar (incluyendo ingresos no salariales), pero principalmente un subreporte de ingresos salariales en los registros del IMSS.

<sup>9</sup> Este análisis no considera los sistemas de pensiones de las fuerzas militares y la Banca de Desarrollo.

**Cuadro 1**  
**Subsidio Público Medio Mensual por Pensionado**  
(gasto público neto de contribuciones de los beneficiarios)

	Pesos	% IMSS
Luz y Fuerza (2003)	17,556	834%
IMSS-Patrón (Rég. de Jubilaciones y Pensiones, 2004)	12,552	596%
PEMEX (2003)	8,250	393%
ISSSTE (2003)	3,281	156%
IMSS (pensiones en curso de pago, antiguo régimen)	2,105	100%
Apoyo a Adultos Mayores (Cd. de México, 2005)	668	32%
Apoyos para Adultos Mayores en <i>Oportunidades</i> (2006)	250	12%
Atención a los Adultos Mayores en Zonas Rurales (2005)	175	8%

*Fuentes:* Cálculo del autor a partir de datos reportados en Banco Mundial (2004b), IMSS (2005), Tercer Informe del Gobierno (2003), páginas de Internet de SEDESOL y Gobierno del DF; Proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación 2006.

cercanas al 100 por ciento, y aún superiores en las paraestatales. En el caso particular de los trabajadores *contratados* por el IMSS, como patrón, para servir a sus derechohabientes, estos se retiran en promedio a los 53 años (sin edad mínima) con una tasa de reemplazo media de 130 por ciento—generando una carga financiera que pone en riesgo la viabilidad de los servicios de salud del instituto IMSS (2005).

Para apreciar el espectro completo de apoyos públicos por concepto de pensiones, el Cuadro 1 reporta también tres programas recientes de pensiones mínimas para adultos mayores no asegurados. El único programa federal de este tipo que se implementa actualmente en México—*Atención a los Adultos Mayores en Zonas Rurales*—surgió en 2003 como una concesión a las demandas campesinas que llevaron al *Acuerdo Nacional para el Campo*. Un programa un poco más ambicioso ha sido presupuestado para iniciar en 2006, como un nuevo componente del programa *Oportunidades*. El primero de estos programas ofrece una pensión equivalente a 50 centavos de dólar diarios, el segundo a 75 centavos diarios, equivalente a 25 por ciento y 37 por ciento de la línea de pobreza alimentaria, respectivamente, y entre 1 por ciento y 2 por ciento del subsidio por pensionado en las empresas paraestatales. Incluimos también el programa de pensión universal que implementa el gobierno de la Ciudad de México, con una pensión de dos dólares diarios, aproximadamente equivalente a la línea de pobreza alimentaria. Retomaremos este último programa, y la viabilidad de extenderlo a nivel nacional, en la Sección 3.

## 2.2 Sistemas de salud

Como en el caso de las pensiones, la salud pública en México esta segmentada entre los programas dirigidos a la población abierta y las instituciones de seguridad social. En contraste con este caso, sin embargo, en la última década ha aumentado en forma importante la cobertura, progresividad y financiamiento de los servicios de salud para la población abierta. Como hemos visto ya, en este caso la ampliación de la cobertura ha favorecido a la población de menores ingresos (Gráfica 4). La participación del quintil más pobre en estos servicios aumentó del 18 por ciento al 31 por

ciento entre 1996 y 2002. Esto coincide con la introducción (1997) y expansión acelerada del *Programa de Educación, Salud y Alimentación (Progresá, hoy Oportunidades)*, que en su componente de salud se diseñó precisamente para incrementar la demanda de estos servicios por parte de esta población por medio de transferencias monetarias condicionadas.

Además del aumento en la progresividad, en este mismo periodo se incrementó el financiamiento asignado a los servicios para la población no asegurada en más del 100 por ciento en términos reales entre 1996 y 2002, con lo que la participación de esta población en el gasto público en salud se incrementó de un quinto a un tercio. Dado que la población no asegurada representa cerca de la mitad de la población nacional, sin embargo, el gasto disponible para cada no asegurado representa menos de la mitad del gasto por asegurado. Esta diferencia desaparece si descontamos las contribuciones a los seguros de salud de la seguridad social, considerando únicamente los subsidios públicos que se asignan a ellos (Cuadro 2).

El efecto combinado de estos dos factores—el avance progresivo de la cobertura en los servicios para la población no asegurada y el financiamiento público creciente en estos servicios—ha sido un incremento entre 1996 y 2002 en la participación en el gasto público *total* en salud del quintil más pobre del 8 por ciento al 15 por ciento, y del sector rural de 20 a 28 por ciento (Scott, 2005b).

A pesar de este avance notable en la progresividad del gasto público en salud, persisten retos importantes.

*Primero*, la distribución global aún es (moderadamente) regresiva, y puede contrastarse con las distribuciones progresivas reportadas desde principios de la década pasada en otros países de la región, como Colombia, Costa Rica y los países del Cono Sur (Scott, 2005b).

*Segundo*, persiste una enorme variación en la distribución de los instrumentos que componen este gasto (Gráfica 6): con programas altamente progresivos, como Oportunidades y las clínicas de IMSS-Oportunidades, en un extremo, y gastos excepcionalmente regresivos, incluyendo además de los servicios de salud del ISSSTE, los servicios especializados de la SSA para la población abierta (Institutos Nacionales de Salud), en el otro.

*Tercero*, si desagregamos por tipo de intervención, el gasto público en servicios tan críticos como salud materna aún es regresivo, y para los primeros cuatro quintiles resulta precisamente inverso a la distribución de la demanda potencial por estos servicios medida por la población infantil (Scott, 2005b).

*Finalmente*, la brecha en el financiamiento por usuario de los servicios disponibles a las poblaciones aseguradas y no aseguradas se traduce en brechas palpables en la cantidad y calidad de insumos (Cuadro 3). Uno de los insumos críticos para la salud que no aparece en este cuadro son las medicinas, que el IMSS provee ampliamente, pero la SSA no. El mismo cuadro sugiere que estas diferencias en insumos se traducen a su vez en brechas en los niveles de salud de la población, pero para comprobar esto sería necesario por supuesto controlar por el nivel de ingreso y otros atributos socioeconómicos de las familias.

Una iniciativa ambiciosa para cerrar estas brechas ha sido la creación del *Seguro Popular (Sistema de Protección Social en Salud)*, que ofrece un paquete de salud básico incluyendo la provisión gratuita de medicinas, financiado por medio de subsidios públicos graduados, en un esquema de contribuciones progresivas en función del nivel de ingreso y activos del hogar. Los hogares clasificados dentro del primer quintil están completamente subsidiados, y en su fase actual

(junio 2005) casi 90 por ciento de las 2 millones de familias afiliadas han sido clasificadas en este estrato (Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2005). Sin embargo, este grado de focalización resulta improbable, y sugiere posiblemente un problema en el diseño y/o aplicación del mecanismo de identificación, o bien un problema de comparabilidad con la ENIGH—la base de datos de ingreso de los hogares disponible actualmente para verificar la progresividad en la población total de los programas sociales. Por ejemplo, utilizando esta base, el programa que aplica el sistema más elaborado de focalización geográfica y al nivel de los hogares en México, *Oportunidades*, logra una concentración en el primer quintil de 65 por ciento de los beneficiarios. También parece inconsistente la cifra de 90 por ciento en el caso del SP si consideramos algunas características socioeconómicas reportadas de los afiliados, que son más fáciles de observar que el ingreso, Comisión Nacional de Protección Social en Salud (2005): 60 por ciento de los afiliados se localizan en zonas urbanas, 75 por ciento en localidades de marginación media, baja o muy baja, 6 por ciento en comunidades indígenas, y 40 por ciento son beneficiarios de *Oportunidades*.

Por otro lado, en su fase actual el Seguro Popular beneficia principalmente a niños y jóvenes (50 por ciento de las personas afiliadas son menores de 20 años), pero sólo tiene una participación modesta en la población de adultos mayores (sólo 7 por ciento de los afiliados son mayores de 60 años), a pesar de que como hemos visto este grupo se encuentra en una situación financiera especialmente vulnerable, y por supuesto enfrenta mayores demandas de salud. Existe aquí claramente un reto importante de coordinación entre los esquemas de pensiones y seguro de salud para los adultos mayores sin seguro social.

### 2.3 El costo de la seguridad social para la población no asegurada

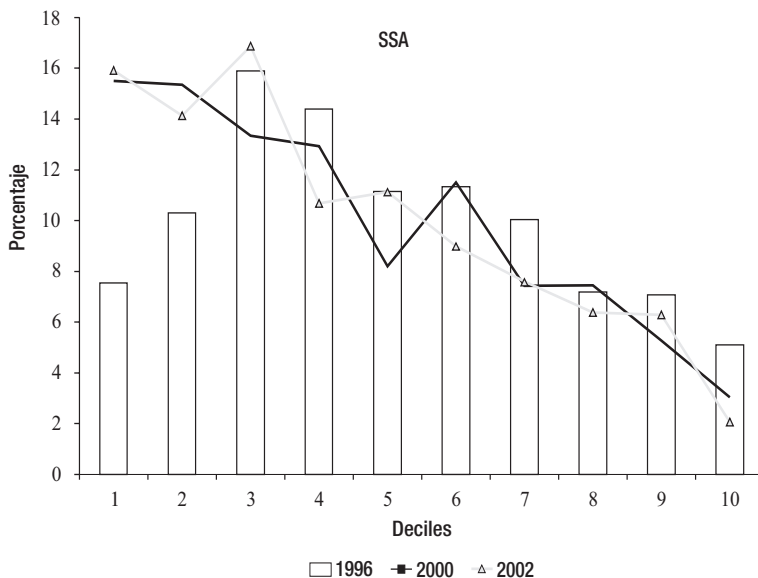
La fuente principal de financiamiento de los subsidios públicos a la seguridad social son los impuestos generales. Dada la concentración de los derechohabientes en los quintiles de mayores ingresos, y la progresividad del sistema fiscal en México (SHCP 2003), una parte importante de esta carga impositiva es absorbida por los asegurados mismos en su calidad de contribuyentes al fisco. Pero el alcance del fisco es más amplio que la cobertura de la seguridad social—en particular

**Cuadro 2**  
**Gasto Público en Salud: 2005**  
(como porcentaje del PIB)

<b>Total</b>	2.6
<b>Por beneficiarios</b>	
Población abierta	0.8
Población asegurada	1.8
<b>Por financiamiento</b>	
Impuestos generales	1.6
Contribuciones a la SS	1.0

Fuente: *Quinto Informe de Gobierno*, Poder Ejecutivo Federal (2005).

**Gráfica 5**  
**Incidencia de Servicios de Salud para la Población Abierta**



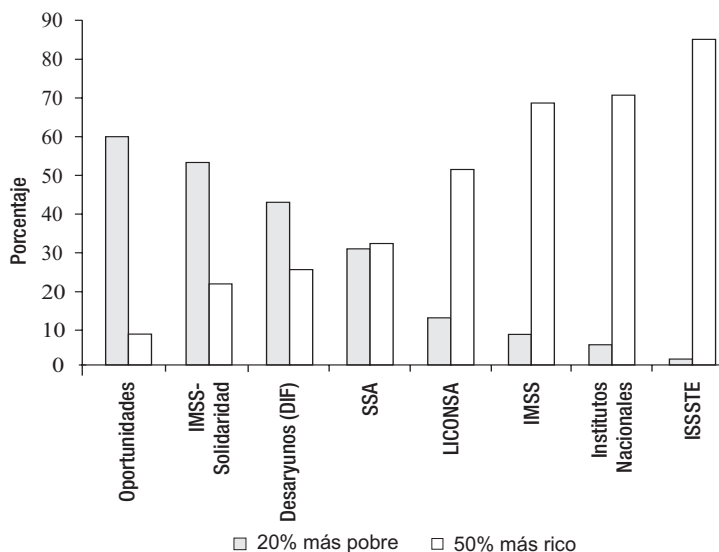
Fuente: Cálculos del autor a partir de ENIGH 1996, 2000 y 2002.

**Cuadro 3**  
**Indicadores Selectos de Insumos, Calidad y Resultados:**  
**Población Asegurada vs. No asegurada**

	IMSS	No asegurada
<b>Insumos</b>		
Personal médico (miles)	1.5	1.1
Consultas diarias por médico general (familiar)	23.5	12.7
Tiempo de espera promedio	15.5	28.4
Intervenciones quirúrgicas (x 1000 habitante)	34.0	19.7
Promedio de consultas pre-natales	7.9	4.0
<b>Resultados</b>		
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos	1.2	5.1
Tasa de mortalidad infantil	13.0	29.7
Muertes maternas (x 10,000 NV)	3.9	12.2
Muertes maternas hospitalarias (x 10,000 NV)	2.9	4.4

Fuente: IMSS (2005).

**Gráfica 6**  
**Participación de Pobres y No Pobres en Programas de Salud y Nutrición: 2002**



Fuente: Cálculos del autor a partir de ENIGH 2002, ENIGH 2002-“Módulo Social” (SEDESOL), y ENSA 2000.

en el caso de los impuestos indirectos. Esto implica que una parte de los subsidios en beneficio de los asegurados se financia por medio de los impuestos que contribuye la población no asegurada. En otras palabras, los sistemas vigentes de seguridad social no sólo dejan desprotegida a la población pobre no asegurada; imponen además una transferencia neta de esta población hacia los asegurados.

El costo más importante para la población no asegurada, sin embargo, es el *costo de oportunidad* de los recursos públicos crecientes que absorben los sistemas de pensiones. Sin una reforma a los sistemas de pensiones del sector público no habrá margen alguno en un futuro próximo para financiar un sistema de protección social de cobertura amplia en beneficio de la población que más lo necesita.

### 3. Protección Básica Universal: Opciones de Reforma y Vías de Transición

Antes de analizar las opciones de reforma y transición, describimos la elección crítica en el diseño de los sistemas de seguridad social, entre cobertura y beneficios, empezando por el caso de las pensiones.

### 3.1 Beneficios amplios, cobertura limitada

La función básica de cualquier sistema de pensiones para la vejez—desde el modelo Bismarckiano original hasta las cuentas individualizadas de América Latina—es proteger el nivel de vida de las personas en edad avanzada ante la caída o pérdida del ingreso laboral al final de su vida productiva. Esto puede entenderse en términos de dos objetivos alternativos:

- 1) evitar una caída del ingreso *respecto a un mínimo absoluto*, es decir, evitar la pobreza en la tercera edad (que puede definirse a su vez por medio de una línea absoluta o relativa), y
- 2) evitar una caída drástica del ingreso *respecto al nivel alcanzado previo al retiro*, es decir, suavizar la capacidad de consumo a lo largo del ciclo de vida.

La literatura se ha centrado en esta distinción (llamándoles “pilares” 1 y 2) principalmente por su asociación con dos instrumentos igualmente separables: a) transferencias inter-personales, y b) transferencias inter-temporales, o *ahorro para el retiro*. Un objetivo de las reformas recientes a los sistemas de pensiones ha sido separar el segundo pilar claramente del primero, en contraste con los sistemas de reparto (PAYGO) donde las dos funciones se entremezclaban. Esto tiene la virtud de transparentar y efficientar el componente de ahorro, reduciendo los incentivos a la evasión.

Esta separación entre los dos objetivos/instrumentos también transparenta una elección básica en el diseño de los sistemas de pensiones. Hemos visto que sin una cobertura amplia, los elementos redistributivos en los sistemas contributivos de seguridad social, como la cuota social y pensión mínima garantizada en el caso de México, resultan irrelevantes para el primer objetivo. Existe por ello un conflicto evidente entre los dos objetivos. Mayores tasas de reposición suponen mayores cargas contributivas, mayores desincentivos a la participación, y una coberturas más limitada. Es claro de las secciones anteriores que en el caso de México en este conflicto se ha privilegiado el segundo objetivo, no sólo en el diseño original de los sistemas, sino en las reformas más recientes.

La reforma del IMSS, como otras reformas recientes de los sistemas de seguridad social en América Latina, se enfocó a la generación de un mecanismo eficiente de ahorro para el retiro, dejando del lado la primera función. Este olvido sorprendente ha sido resaltado recientemente en la agenda de reformas de “segunda generación” en el ámbito internacional, (Willmore, 2003, Gill *et al*, 2005; y Holzmann y Hinz 2005). En el caso de México, la completa ausencia del tema en la agenda de la reforma, y las prioridades reveladas en las escasas asignaciones presupuestales a esquemas de protección social para la población abierta, sugieren una confusión elemental sobre la necesidad, para lograr el primer objetivo, de instrumentos complementarios a los esquemas de ahorro para el retiro.

Parece evidente en general, pero especialmente en un contexto de alta desigualdad, que el ahorro—voluntario o forzado—no puede ser el instrumento único para eliminar la indigencia en la tercera edad. Esto es así no sólo cuando los gobiernos no tienen la capacidad institucional para lograr su implementación generalizada. Una restricción más fundamental son las oportunidades limitadas que enfrentan los hogares para realizar el ahorro requerido, no sólo en el caso de quienes se encuentran discapacitados, o se dedican a labores dentro del hogar, sino en el caso de los trabajadores que no cuentan con los activos productivos suficientes para adquirir una canasta mínima de satisfactores. Según la definición oficial adoptada en México actualmente, 18 millones de personas se encontraban en condiciones de pobreza alimentaria en 2004, al no contar con un

ingreso suficiente para satisfacer sus necesidades alimentarias (aún dedicando todo su ingreso a ello). La información estadística disponible confirma, de hecho, que los hogares en los primeros dos a tres deciles tienden a desahorrar en México. Pretender extender la seguridad social a esta población con esquemas de ahorro para el retiro resulta por ello irrelevante.

Por otro lado, una persona podría encontrarse en condiciones de indigencia al llegar a la vejez por múltiples razones, algunas más claramente independientes de su voluntad que otras. Dados los bajos niveles de movilidad social observados en México, especialmente en el extremo inferior de la distribución (asociados a “trampas” de pobreza y desigualdad bien conocidas), es más probable que la gran mayoría de quienes se encuentren en esta situación no tuvieron acceso, desde el inicio de su vida, a activos y oportunidades productivas suficientes para generar el ingreso mínimo necesario para poder ahorrar sin arriesgar la supervivencia de su hogar durante su vida productiva. Pero aún en aquellos casos de indigencia por falta de responsabilidad y previsión, más que de oportunidad—suponiendo que los pudiéramos distinguir conceptualmente con toda claridad e identificar empíricamente con toda certidumbre—en todo el espectro ideológico y filosófico nadie ha propuesto nunca una concepción de justicia distributiva que recomiende abandonarlos a sus propios medios cuando estos resultarían insuficientes para su supervivencia.

Finalmente, parecería razonable suponer que la función *mínima* de la seguridad social es proteger a la población en su conjunto de la indigencia en la tercera edad, de manera análoga como garantizar la seguridad pública—protección a la vida y propiedad—para el conjunto de la población—y no para un enclave privilegiado—ha sido entendida desde Hobbes como la función mínima del Estado. En este sentido, el universo poblacional con derecho a este aseguramiento básico por parte de la sociedad—los derechohabientes de la seguridad social—es la población en su totalidad, independientemente de su condición laboral, historia contributiva, o cualquier otra característica.

Aunque hemos presentado la disyuntiva entre la amplitud de la cobertura y la generosidad de los beneficios en relación a las pensiones para el retiro, lo mismo aplica al caso de salud. El primer objetivo es asegurar para la población en su conjunto un paquete mínimo de salud básica; el segundo ofrecer un seguro amplio de salud para evitar caídas en estados de salud. Como en el caso anterior, mientras una parte de la población ha carecido aún de un paquete mínimo, las instituciones de seguridad social ofrecen un nivel de aseguramiento amplio para la parte que esta cubierta.

¿Cómo transitar de los esquemas polarizados de seguridad social vigentes hoy en día, hacia un sistema de protección básica universal? Consideramos cuatro estrategias posibles:

- 1) reformar los distintos sistemas contributivos de seguridad social, reduciendo sus costos para los trabajadores y patrones e integrándolos en un sistema único,
- 2) crear programas dirigidos especiales, para atacar la pobreza en la población de la tercera edad y ofrecer un paquete mínimo de salud para la población abierta en condiciones de pobreza,
- 3) crear como parte del sistema de seguridad social un componente de protección básica no contributivo (pensión y paquete de salud básicos) *dirigido*, o
- 4) *universal*.

Estas estrategias no son mutuamente excluyentes, y pueden asumirse más bien como reformas complementarias (excepto en los últimos dos casos). Las consideraremos para el caso de las

pensiones, con particular atención sobre la viabilidad de una pensión básica universal. Al final retomamos las implicaciones para los seguros de salud.

### **3.2 Ampliación de cobertura e integración de sistemas contributivos vigentes**

La ausencia histórica de reformas de los sistemas de seguridad social en cualquiera de las últimas tres modalidades mencionadas puede interpretarse como una apuesta de medio siglo por el primer camino. Sin embargo, como hemos visto, no se ha optado por un diseño consistente con una cobertura amplia, que es inconsistente con tasas de reemplazo medias que ofrecen los sistemas de seguridad social vigentes en México. Esto es evidente en el caso del sector público, con tasas cercanas al 100 por ciento, que si fueran financiadas por los trabajadores implicarían contribuciones cercanas al 50 por ciento del salario, pero es claramente el caso también del sistema de pensiones del IMSS reformado, en las condiciones distributivas de México. Sería posible ampliar la cobertura de la seguridad social reduciendo significativamente el costo para los trabajadores y patrones: reduciendo las tasas de reposición y/o trasladando parte del financiamiento a impuestos generales, en particular impuestos indirectos, cuya base de contribuyentes es más amplia y no inciden directamente sobre el mercado laboral. La segunda opción podría ser más factible políticamente, pero mientras la cobertura no sea completa implicaría un aumento en las transferencias de no asegurados a asegurados. Por ello, sería necesario en todo caso adoptar ambas estrategias complementariamente para reducir los costos del ahorro obligatorio. Adicionalmente, sería necesario, por un lado, fortalecer el componente de ahorro voluntario para quienes deseen (y puedan) obtener tasas de reemplazo superiores, y por el otro, agregar un componente no contributivo que garantice una pensión mínima a los trabajadores de baja productividad y capacidad de ahorro.

La integración de los sistemas de pensiones vigentes en el sector público en un sistema reformado único, con cuentas individualizadas y tasas de reemplazo (obligatorias) iguales a las que ofrecería el sistema del IMSS, sería indispensable para asegurar la viabilidad económica de los sistemas del sector público, la equidad horizontal de la seguridad social contributiva, y la liberación de recursos públicos para el componente no contributivo de protección social.

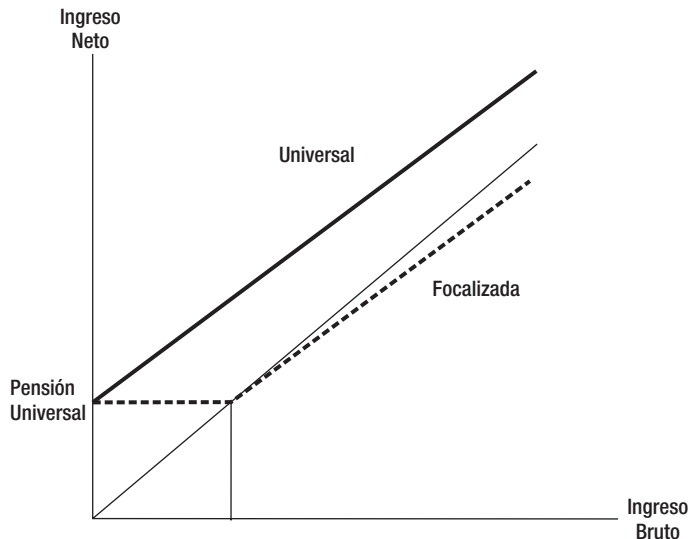
### **3.3 Programas para la superación de la pobreza y pensión básica focalizada**

La segunda y tercera opciones de reforma identificadas arriba podrían parecer equivalentes en la práctica—una transferencia dirigida a los adultos mayores identificados como pobres a partir de criterios específicos. Sin embargo, existen diferencias importantes—conceptuales, de percepción, y de sustentabilidad política—entre ofrecer esta transferencia como parte de una estrategia de lucha contra la pobreza—contingente a las prioridades de la administración en turno, estigmatizadas como una ayuda para indigentes, y acotadas en su cobertura por el presupuesto asignado—y un derecho universal garantizado por una ley de seguridad social. Como hemos visto para el caso de las pensiones del sector público, hay pocos rubros mejor “blindados” presupuestalmente en la historia reciente de México que los derechos adquiridos por concepto de seguridad social. En contraste, como hemos visto, los adultos mayores en condiciones de pobreza, y los programas de protección social más ampliamente, han resultado notablemente desfavorecidos en las prioridades sociales de las administraciones en la historia reciente de México (Cuadro 1). Por el contrario, la atención y el gasto contra la pobreza se ha centrado sobre otros grupos, en algunos casos por

buenas razones de equidad y eficiencia—inversión en capital humano en madres, niños y jóvenes pobres en áreas rurales—y en otros por causas más contingentes—consumidores urbanos, productores agrícolas comerciales, etc.

Como vimos arriba, este olvido se ha empezado a corregir muy recientemente, y para ello la presente administración federal ha optado por una pensión dirigida a los adultos mayores beneficiarios de *Oportunidades*. Una transferencia focalizada tradicional a partir de una “prueba de ingreso” (*means test*), donde los beneficiarios dejan de ser elegibles en cuanto cruzan la línea de pobreza, impone sobre los pobres un impuesto marginal implícito del 100 por ciento en este punto, desincentivando el trabajo, el ahorro privado, y la participación en los sistemas contributivos de seguridad social (Gráfica 7). En el caso de *Oportunidades* este problema se resuelve en parte utilizando, en lugar del ingreso, un índice estadístico basado en un conjunto de variables socioeconómicas para seleccionar a los beneficiarios. Pero cuando se trata de una pensión diseñada para prevenir la indigencia en la tercera edad el ingreso sería naturalmente la variable más relevante para identificar a la población objetivo, por lo que los errores de exclusión e inclusión de *Oportunidades* podrían aumentar en este contexto. Hay que tomar en cuenta también que actualmente el programa no llega a comunidades muy pequeñas (sin escuelas o centros de salud), donde probablemente se encuentran los adultos mayores más vulnerables. Por otro lado, *Oportunidades* es el instrumento de transferencias dirigidas más efectivo disponible en México, por lo que resulta sin duda un punto de partida factible y recomendable para iniciar un programa de pensiones dirigidas.

Gráfica 7  
Pensión Universal vs. Focalizada Financiada con Impuestos de Tasa Fija



### 3.4 Pensión básica universal

Las virtudes de la universalidad, en este contexto, son múltiples, y han sido crecientemente reconocidas en literatura internacional (Holzmann y Hinz, 2005; Gill *et al*, 2005; Willmore, 2003).<sup>10</sup> Primero, garantiza una cobertura completa de la población pobre—en contraste con los errores de exclusión inevitables en cualquier mecanismo de focalización administrativa, como Oportunidades. Segundo, se reducen los costos administrativos, al no suponer costosos procesos de identificación y seguimiento del padrón de beneficiarios. Finalmente, posiblemente la virtud principal de una pensión universal es que representa una transferencia “lump-sum”—la utopía de todo economista público—es decir, una transferencia que no esta condicionada al ingreso de los beneficiarios, por lo que no afecta sus incentivos laborales, de ahorro privado, o de incorporación a los sistemas públicos contributivos de seguridad social (Gráfica 7).

Aunque las pensiones básicas universales o con criterios de selección muy amplios son comunes en países industrializados (Holanda, Dinamarca, Noruega, Canadá, Nueva Zelanda, Australia), los países en desarrollo han optado en su mayoría por pensiones dirigidas, con unos pocos casos, más bien exóticos, de universalidad (Mauritos, Namibia, Samoa, Bolivia). Hay dos razones principales que explican esto, que evaluamos a continuación en el caso de México. La más importante sin duda es el costo fiscal de la universalidad, que puede resultar insostenible en muchos contextos (por ejemplo, la pensión universal de Nueva Zelanda absorbe 9 por ciento de su PIB). Segundo, es común la percepción de injusticia e ineficiencia como instrumento redistributivo de una transferencia fija garantizada a todos, independientemente del nivel de ingreso y riqueza.

Podría asumirse como auto-evidente que una pensión básica universal sería fiscalmente inviable, en especial en un país con una capacidad fiscal limitada históricamente como México. Que esto no es así posiblemente resulte sorprendente, pero es fácil de verificar. Tomemos la pensión básica de la Ciudad de México, de 668 pesos al mes, aproximadamente equivalente al promedio de la línea de pobreza alimentaria rural y urbana actualizada a precios del 2005. *¿Cuánto costaría ofrecer esta pensión a todas las personas de 70 años o más en el país—es decir, erradicar la pobreza alimentaria en esta población—por el próximo medio siglo?*

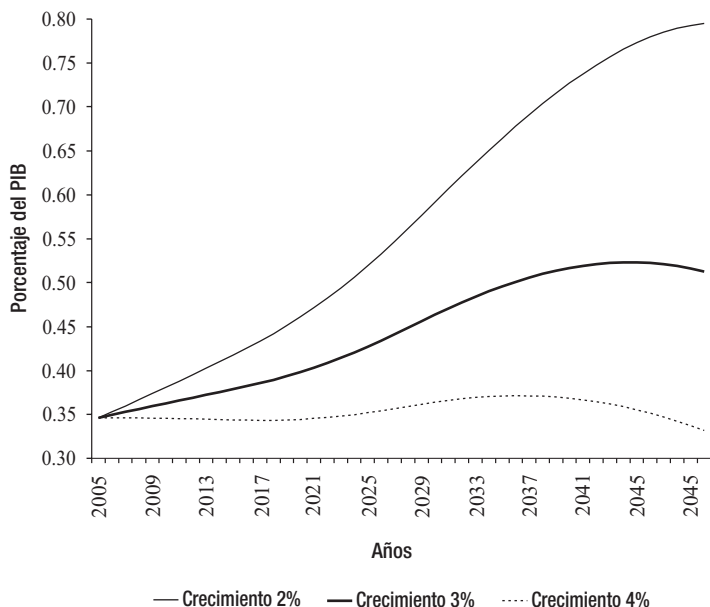
Según las proyecciones poblacionales disponibles (CONAPO), hay 3.6 millones de personas mayores de 70 años en 2005 por lo que el costo anual de ofrecer una pensión básica universal en el ámbito nacional sería hoy del orden de 28,471 millones de pesos, o 0.35 por ciento del PIB. Aunque se proyectan casi 20 millones de adultos mayores para el 2050, con una tasa media de crecimiento del PIB per cápita de 3 por ciento el costo alcanzaría un máximo de 0.5 por ciento del PIB hacia mediados del siglo, con una trayectoria decreciente a partir de entonces (Gráfica 8). Con una tasa de crecimiento del 2 por ciento también se llegaría a un punto de inflexión en medio siglo, pero el nivel máximo en esos años sería de 0.8 por ciento.

Estas trayectorias sustentables se explican porque la pensión se estipula como un monto fijo en términos reales, por lo que, con crecimiento positivo, eventualmente el programa absorbería una proporción decreciente del PIB, a pesar de la transición demográfica. Esto sucede, en otras palabras, porque la pensión esta diseñada como un instrumento para erradicar la pobreza *absoluta* (alimentaria) en la tercera edad. Si la pensión básica se definiera a partir de una línea de pobreza

---

<sup>10</sup> “Esta es probablemente la mejor forma de disminuir la pobreza entre los adultos mayores”.

**Gráfica 8**  
**Costo Fiscal de una Pensión Mínima Universal (668/mes en 2005) para la Población de 70 años o más**  
**Bajo Escenarios Alternativos de Crecimiento Anual del PIB per Cápita: 2005-2050**



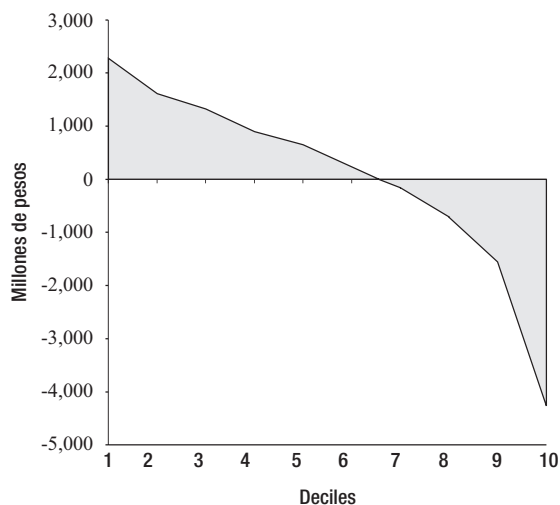
Fuente: Estimaciones del autor a partir de proyecciones poblacionales de CONAPO (2000-2050).

**Cuadro 4**  
**Gasto en Programas de Pensiones No Contributivas**  
(como porcentaje del PIB)

Brasil	1.3
Bolivia	0.9
Uruguay	0.6
Chile	0.4
Costa Rica	0.3
Argentina	0.2
México actual (2005)	0.01
México programado (2006)	0.04
<b>México estimado PU</b>	<b>0.4</b>

Fuente: México: estimación propia, Proyecto de Presupuesto 2005, 2006; Otros: Gill *et al* (2005).

**Gráfica 9**  
**Incidencia Estimada de la Pensión Universal Neta de Impuestos,**  
**deciles poblacionales ordenados por ingreso per capita**



*Fuente:* Cálculos del autor a partir de la incidencia del sistema impositivo estimada en SHCP (2004).

*relativa* (como es el caso en Nueva Zelanda), establecida por ejemplo en 10 por ciento del PIB per cápita (aproximadamente equivalente hoy al valor de la pensión básica que hemos considerado), el costo hacia el 2050 se elevaría a 1.5 por ciento del PIB (con un crecimiento de 3 por ciento).

Hay que tomar en cuenta que el costo de la pensión universal se financiaría parcialmente con los recursos que el gobierno se ahorraría de sus compromisos actuales hacia los sistemas de pensiones existentes—sustituyendo parcialmente, en particular, la cuota social y la pensión mínima garantizada, por lo que los recursos fiscales anuales *adicionales* requeridos en los próximos años podrían estar más cercanos al 0.2 por ciento del PIB. Para poner estas cifras en perspectiva, el Cuadro 4 compara los recursos anuales que otros países de la región asignan a programas de pensiones no contributivas, con los recursos ejercidos en México actualmente y programados para el 2006, y con el costo proyectado de la pensión universal durante las próximas década o dos (dependiendo del crecimiento).

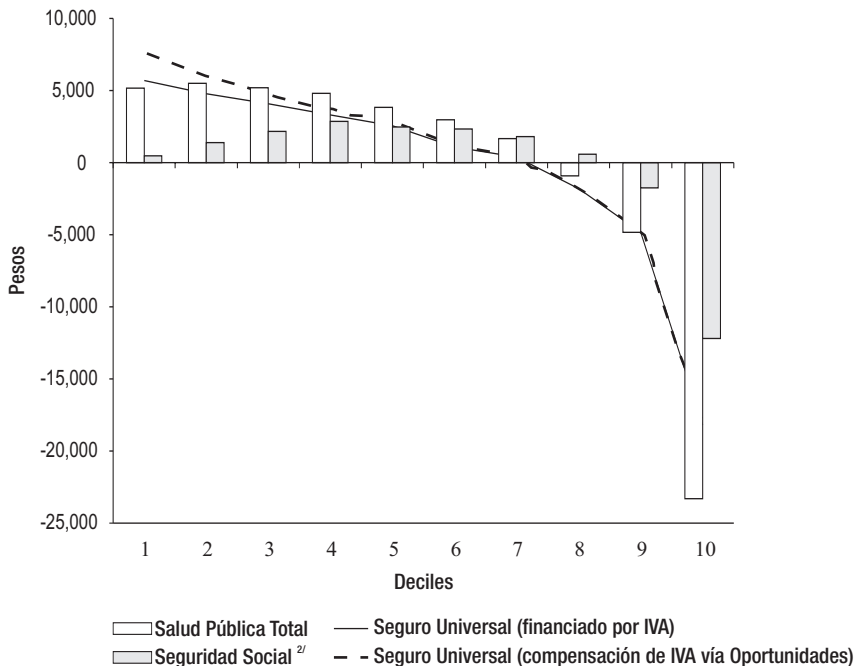
Consideremos finalmente la equidad y eficiencia de una pensión universal como instrumento redistributivo. Al asegurar por lo menos 20 por ciento de los recursos para el 20 por ciento más pobre de la población, esta transferencia sería de hecho un poco más progresiva que la distribución actual del gasto social en su conjunto en México, 27 y por supuesto, dramáticamente más progresiva que los subsidios públicos a los sistemas de pensiones vigentes actualmente (Gráfica 4).

Finalmente, dada la estructura progresiva del sistema impositivo vigente en México, la transferencia obtenida por la población en los tres deciles más ricos regresaría a las arcas públicas. Este segmento poblacional contribuiría, de hecho, tres cuartas partes del costo fiscal total del programa (Gráfica 9).

### 3.5 Salud Universal

Las estrategias complementarias de reforma que hemos considerado para los sistemas de pensiones se aplican igualmente, en general, al componente de salud. La restricción que los costos de la seguridad social imponen a su cobertura y equidad, se ve agravada por el hecho de que las instituciones de seguridad social ofrecen los dos componentes en un paquete indivisible (además de otros componentes como financiamiento de vivienda, seguro contra invalidez, etc.). Una reforma posible adicional a las consideradas sería por ello permitir el acceso a cada uno de ellos por separado. Esto no sería relevante, por supuesto, para los paquetes básicos con cobertura universal, pero sí podría serlo para los componentes contributivos y voluntarios, permitiendo un mayor grado de elección sobre los beneficios más amplios. Como en el caso de las pensiones, la integración de un sistema único de salud facilitaría la equidad horizontal y la eficiencia del gasto, con el beneficio importante adicional en este caso de las economías de escala en la provisión de servicios de salud que permitiría un sistema único.

**Gráfica 10**  
**Beneficios Netos del Seguro de Salud Universal Financiado por IVA Generalizado<sup>1/</sup>**



*Nota:* 1/ Comparación con incidencia neta de gasto público en salud (promedio anual por familia, deciles poblacionales ordenados por ingreso per cápita, pesos del 2002).

2/ Seguridad Social incluye IMSS e ISSSTE únicamente.

*Fuente:* Cálculos del autor a partir de ENIGH 2002 y la incidencia del sistema impositivo estimada en SHCP (2004).

Para no extraviarnos en el detalle y variedad de toda la gama de modelos de salud pública posibles—en teoría y en las experiencias internacionales—pasamos directamente a evaluar la viabilidad general del modelo límite que maximizaría la igualdad de oportunidades en salud: un seguro único, no contributivo, de salud universal. Consideramos una simulación simple de un seguro universal (SU) para el conjunto de los hogares por un valor de 7500 pesos al año, financiado en su totalidad por medio de un impuesto al consumo (IVA generalizado). El SU implicaría un gasto público de 2.3 por ciento del PIB, que está dentro del nivel de gasto público que actualmente se asigna a la salud en México, aunque implicaría un aumento de 0.7 puntos del PIB en el gasto en salud financiado por medio de impuestos generales (Cuadro 2). La gráfica 10 presenta los resultados de esta simulación. Compara por un lado la distribución de los *beneficios netos* del SU (con y sin un esquema de compensación completa por el IVA generalizado para los beneficiarios de *Oportunidades*), y por el otro, la distribución de beneficios del actual sistema de seguridad social y del sistema de salud pública en su conjunto, *netos* de los impuestos y contribuciones actualmente vigentes que los financian. Como podemos apreciar, a pesar de la regresividad relativa de la fuente de financiamiento postulada, el SU implicaría una ganancia dramática en progresividad de beneficios netos en relación a los sistemas vigentes de seguridad social, y—con el esquema de compensación fiscal—una ganancia importante para los deciles más pobres en relación al sistema vigente de salud pública en su conjunto. Más allá de estas ganancias, el SU tendría la virtud principal de garantizar a toda la población, sin excepción y por igual, un seguro básico de salud.

#### 4. Conclusiones

Hemos documentado el fracaso de la seguridad social en México en su función más elemental—proteger a toda la población, y particularmente a la población más vulnerable, contra la indigencia en la tercera edad. Medio siglo después de su fundación, la cobertura de los sistemas vigentes es prácticamente inexistente en la población en condición de pobreza extrema que más los necesita, la tasa de pobreza en los adultos mayores es excepcionalmente alta, los ingresos por pensiones aumentan la desigualdad, y persisten brechas importantes en oportunidades básicas de salud.

También comprobamos que entre los sistemas de pensiones vigentes persisten contrastes extremos en beneficios y subsidios públicos entre los trabajadores y pensionados del sector público y privado formal. En el caso de los servicios de salud, por otro lado, comprobamos un avance notable en equidad y financiamiento a favor de la población no asegurada, pero persiste un grado importante de desigualdad horizontal entre asegurados y no asegurados, y en contraste con algunos países de la región, la distribución global del gasto público en salud todavía es regresiva.

Hemos considerado algunas estrategias complementarias para transitar de la seguridad social polarizada y segmentada vigente hoy en día hacia un sistema integral de protección universal. Esto implicaría: 1) una reforma de los sistemas del sector público para homogenizarlos e integrarlos al sistema reformado de los trabajadores del sector privado, asegurando su viabilidad financiera y reduciendo significativamente el costo global de la seguridad social (y liberando recursos para el componente no contributivo); 2) una reducción significativa del costo para trabajadores y patrones del *componente contributivo obligatorio* de este sistema, reduciendo el nivel de beneficios (tasas de reposición y paquete de salud cubierto) y aumentando el financiamiento por medio de impuestos al consumo; 3) un *componente contributivo voluntario* de beneficios incrementales en función de

las preferencias y posibilidades económicas de los trabajadores, y d) un *componente no contributivo* que garantice protección básica, con cobertura universal.

Finalmente, presentamos algunas simulaciones simples para ilustrar la viabilidad financiera y equidad de la situación final de esta transición: una pensión y un seguro de salud universales.

En el límite, la transición sugerida implica una revolución Copernicana del modelo de seguridad social dominante en la región. En este modelo—antes y después de las reformas—el componente contributivo obligatorio es el elemento central, y los otros dos componentes aparecen, si lo hacen, como anexos marginales. En la transición propuesta, el componente contributivo obligatorio tendería a desaparecer, dejando en su lugar una base de protección social no contributiva y universal, de generosidad variable según la elección de cada sociedad, complementada según la elección de cada trabajador.

## Referencias

**Banco Mundial.** *World Development Report 2000/2001*. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2001.

**Banco Mundial.** *Mexico Public Expenditure Review*. Report No. 27897-ME. Washington, D.C. : Washington, D.C. : Banco Mundial, 2004a.

**Banco Mundial.** “Reforma del Financiamiento para Pensiones y Actividades de Asistencia Social: Evaluación del Pasivo Fiscal Global de los Sistemas Públicos de Pensiones en México”. Documento sin publicar. 2004b.

**Banco Mundial.** *Mexico: An Overview of Social Protection*. Report No. 32929-MX. Washington, D.C. : Banco Mundial, 2005.

**Gill, Indermit S., Truman Packard, y Juan Yermo.** *Keeping the Promises of Social Security in the Americas*. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2005.

**Holzmann, R. and R. Hinz 2005.** *Old-Age Income Support in the 21st Century: An International Perspective on Pension Systems and Reform*. Washington, D.C. : Banco Mundial, 2005.

**IMSS.** *Informe al Ejecutivo Federal sobre la Situación Financiera del IMSS*. Mexico: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), 2005.

**James, Estelle.** “Coverage under Old-Age Security Programs and Protection for the Uninsured: What are the Issues?”, Policy Research Working Paper 2163. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2001.

**Ramirez, Alejandro.** “Indigenous People, Poverty and Human Development in Latin America 1994-2004: Mexico”. En *Indigenous People, Poverty and Human*

*Development in Latin America 1994-2004*. Editado por Gillette Hall y Harry A. Patrinos. Washington D.C.: Banco Mundial, 2005.

**Rofman, Rafael.** “Social Security Coverage in Latin America”. Social Protection Discussion Paper Series No. 0523. Washington, D.C.: Banco Mundial, 2005.

**Scott, John.** “Distribution of Benefits from Public Spending in Mexico: 1992-2002”. Documento de Investigación. Mexico: Centro de Investigaciones y Docencias Económicas (CIDE), 2005a.

**Scott, John.** “Desigualdad en Salud y Recursos para la Salud en México”, DTE 302, CIDE, y Documento Técnico de la *Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud*, 2005b.

**SSA.** *Programa Nacional de Salud 2001-2006*. México: Secretaría de Salud (SSA), 2001.

**SSA.** *Salud: México 2004* México: Secretaría de Salud (SSA), 2005.

**SHCP.** “Distribución del Pago de Impuestos y Recepción del Gasto Público por Deciles de Hogares y Personas. Resultados para el año de 2002”. Documento de comunicación. Secretaría de Hacienda y Crédito Pública (SHCP), 2004.

**Willmore, Larry.** “Universal Pensions in Low-Income Countries”. Discussion Paper IPD-01-05, Initiative for Policy Dialogue, Pensions and Social Insurance Section, Social Science Research Network, 2003.

